

Cognome e Nome :	<b>TEST ACK</b>	Data di Nascita:	<b>01/01/1990</b>
Codice Fiscale:	<b>TSTCKA90A01F839Q</b>	Num. Accettazione:	<b>MON20230000</b>
Provenienza:	<b>ALTRI OSPEDALI</b>		
Medico Richiedente:	<b>CUP</b>	Data Richiesta:	<b>04/05/2023</b>
Op. Accettazione:	<b>TECNICO SUPPORTO</b>	Data Accettazione:	<b>04/05/2023</b>
Esecutore TSRM Dott.:	<b>TECNICO SUPPORTO</b>	Data Esecuzione:	<b>04/05/2023</b>
Quesito:	<b>test</b>		

Descrizione Esame	Classe di Dose
RX TORACE	I

\*Classi di dose secondo l'art.161 del D. legs 101/2020  
test

Napoli, 04/05/2023

**Il Medico Radiologo**  
**SUPPORTO TECNICO**